EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DE FAZENDA PÚBLICA DA COMARCA DA CAPITAL.

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, por meio da **FORÇA TAREFA DE ATUAÇÃO INTEGRADA NA FISCALIZAÇÃO DAS AÇÕES ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19/MPRJ – FTCOVID-19/MPRJ** e da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Pessoa com Deficiência da Capital, no exercício de suas atribuições constitucionais e legais previstas no artigo 129, inciso III, da Constituição Federal; no art. 173, III da Constituição do Estado do Rio de Janeiro; no artigo 25, IV, ‘a’ da Lei n.º 8.625, de 12/02/93 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público); no artigo 34, incisos I, VI, alínea a, X e XV e art. 35, I, da Lei Complementar Estadual n°106/93; artigo 1º, IV da Lei nº 7347/85, e com fulcro no parágrafo 3º do artigo 79 da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) propor a presente

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E NÃO FAZER
COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA
EM CARÁTER ANTECEDENTE**

Em face de:

1. **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o n° 42.498.600/0001-71, que deverá ser citado na pessoa do Exmo. Senhor Governador, Sr. Wilson José Witzel, com sede na Rua Pinheiro Machado, s/n, Palácio Guanabara, Laranjeiras, RJ, CEP nº 22.231-901; ou por meio da Procuradoria Geral do Estado, situada na Rua do Carmo, 27 – Centro, CEP 20011-020; e do

2. **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o n° 42.498.733/0001-48, que deverá ser citado na pessoa do Exmo. Senhor Prefeito, Sr. Marcelo Bezerra Crivella, com sede na Rua Afonso Cavalcanti, 455 - Cidade Nova - 20211-110, ou por meio da Procuradoria Geral do Município, situada na Travessa do Ouvidor, 4 – Centro, CEP: 20040-040, Rio de Janeiro,

pelas razões de fato e de direito adiante articulados.

I - FATOS

I.1. A PANDEMIA DECLARADA POR CONTA DA TRANSMISSÃO DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Como é de conhecimento público, a pandemia do novo Corona vírus está se espalhando por todo o mundo, **já tendo infectado mais de 2.900.000**

pessoas, com número superior a **206.000 mortes em decorrência** do COVID-19[1], conforme informação datada de 26.04.2020.

Diante da disseminação do Coronavírus, em 30 de janeiro de 2020, **a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)**, sendo certo que, posteriormente, no Brasil, **o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo COVID-19**, por meio da Portaria MS n° 188, publicada em 03 de fevereiro de 2020.

No Brasil, hoje tem-se **58.509** casos confirmados, e **4.016 mortes** – o que retrata índice de letalidade de **6,9%**[2]. Em 23 de abril de 2020 o país bateu novo recorde de óbitos diários, com mais 407 mortes em 24h[3].

No Estado do Rio de Janeiro, em 25 de abril de 2020, havia a confirmação de **6.828** pessoas contaminadas, com **615 mortes** confirmadas pelo Corona vírus, com índice de letalidade na Cidade do Rio de Janeiro em **8,1%**, na cidade de Duque de Caxias, em **22,6%**.[4]

---

[1] https://www.worldometers.info/coronavirus/
[2] https://covid.saude.gov.br/, informação atualizada em 26.04.2020.
[3] https://noticias.r7.com/saude/brasil-registra-407-mortes-por-covid-19-em-24-horas-total-soma-3313-23042020.
[4] http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html

O panorama é absolutamente *incerto*. Até o presente momento não foi possível determinar a cadeia de transmissão entre as pessoas infectadas, mas é certo que a transmissão se dá de forma comunitária há algum tempo. Além disso há consenso sobre a subnotificação dos casos.

Nota técnica de pesquisadores da UnB, da UFRJ e da USP aponta que os índices são **15 (quinze) vezes** maiores do que os números anunciados pelo Ministério da Saúde, sendo certo que o problema é ainda maior nas grandes capitais. Sintetiza o parágrafo dos pesquisadores das mais renomadas faculdades do país:

> "Um relatório do grupo de pesquisa da Escola de Matemática Aplicada da Fundação Getulio Vargas (EMAp/FGV) em conjunto com o Programa de Computação Científica da Fundação Oswaldo Cruz (PROCC/Fiocruz) reforça essa percepção. **<u>O trabalho identifica que a alta conectividade aérea de São Paulo e Rio de Janeiro coloca essas cidades como polos de disseminação da doença para outros centros urbanos, reforçando a ideia de que ações imediatas de restrição da mobilidade da população nessas cidades podem ter impacto na difusão da epidemia para outras partes do país</u>**. Segundo esse estudo, os centros urbanos das regiões Sul e Sudeste, além das capitais Recife e Salvador, têm grande probabilidade de acumular casos graves em curto prazo".
>
> "Qualquer atraso na implementação das ações pode implicar em repercussões muito graves, com número crescente de óbitos e aumento substancial da dificuldade para controle da transmissão, a médio e longo prazo. Por isso, **<u>é fundamental que todos</u>**

fiquem em casa. Reiteramos a importância da ciência para a manutenção da vida humana.*"*[5]

Não à toa, para evitar o maior número de infecção pelo vírus e o colapso do sistema de saúde no Brasil, foi editada pelo Governo Federal a Lei nº 13.979, de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do *Corona vírus,* permitindo o isolamento e a quarentena a serem decretados pelas autoridades administrativas competentes.

Como sabido, o aumento exponencial do número de casos de pacientes infectados pelo COVID-19 é circunstância que se apresenta como grande desafio para o sistema público de saúde, já que um percentual significativo dos pacientes infectados – **em especial aqueles integrantes dos chamados grupos de risco** – apresentarão quadros de saúde com comprometimento grave do sistema respiratório, tornando necessário o uso de respiradores mecânicos para possibilitar a ventilação adequada dos pulmões.

É fato público e notório, ainda, o alto índice de ocupação dos leitos das unidades de terapia intensiva nos hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, sendo certo que usualmente a disponibilização de vagas em unidades de terapia intensiva é objeto de ações judiciais, muitas delas propostas pelo próprio Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

[5] https://ufrj.br/noticia/2020/03/25/coronavirus-pesquisadores-da-ufrj-usp-e-unb-emitem-nota-tecnica

Assim, é evidente que a proliferação descontrolada do COVID-19 é circunstância capaz de gerar graves problemas para o Sistema Único de Saúde, com a indisponibilidade de leitos em unidades de terapia intensiva em número suficiente para atender a todos os pacientes que dependam de ventilação mecânica dos pulmões, inclusive exigindo dos médicos a dura escolha sobre quem terá maiores chances de sobreviver.

Os estudos médicos produzidos até o momento indicam que a medida mais efetiva para conter o avanço descontrolado da enfermidade são as **MEDIDAS PREVENTIVAS,** tais como o isolamento social, além de providências relativas à higiene pessoal, objeto dessa ação.

Portanto, é evidente que no atual cenário de transmissão comunitária do vírus COVID-19 há grave risco de **contágio descontrolado da enfermidade caso não sejam efetivas as medidas preventivas**.

Dentro desse cenário geral já extremamente alarmante, temos um público ainda mais vulnerável e invisibilizado pelo Poder Público: Pessoas com Deficiência acolhidas em instituições e idosos acolhidos em Instituições de Longa Permanência.

A presente ação tem como objeto justamente o público das pessoas com deficiência institucionalizadas, sendo certo que já foi proposta ação semelhante com relação aos idosos acolhidos (ACP n. 0075759-64.2020.8.19.0001 - 15ª Vara de Fazenda Pública), já com liminar deferida.

Com relação às pessoas com deficiência em situação de acolhimento institucional, cumpre destacar que se trata de grupo de pessoas com mais susceptibilidade as complicações respiratórias ou outras complicações de saúde relacionadas a comorbidades e imunodeficiências prévias, muitos com problemas de cardiopatia, questões respiratórias e diabetes.

Além disso, as condições da grande maioria das unidades de acolhimento para pessoas com deficiência são de indignidade, com problemas graves relacionados à higiene, estrutura, pessoal, práticas de trabalho e violações de direitos humanos, o que aumenta o risco de contágio de forma exponencial, apesar de alguns avanços obtidos no último ano com relação a determinadas unidades.

Em levantamento realizado em 2019, pelo Centro de Apoio Operacional à Promotorias de Proteção ao Idoso e Pessoa com Deficiência, foram contabilizadas 47 unidades de acolhimento dessa natureza, incluindo residências inclusivas, em todo o Estado do Rio de Janeiro, sendo possível consultar o resultado através do link https://public.tableau.com/profile/cao.idoso.e.pessoa.com.defici.ncia#!/vizhome/AbrigosPessoascomDeficincias/PainelEntidades.

I.2. DA OMISSÃO DO PODER PÚBLICO QUANTO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO NAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A partir da circulação do COVID-19 no território nacional, com a confirmação da propagação comunitária do Estado do Rio de Janeiro, e considerando que as pessoas com deficiência, em razão das frequentes doenças crônicas decorrentes de seus quadros clínicos fazem parte de um grupo de risco, a Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Pessoa com Deficiência instaurou o procedimento administrativo MPRJ 2020.00256628, a fim de apurar as medidas adotadas nas instituições para pessoas com deficiência para contenção da disseminação do COVID-19. (Doc. I – portaria do PA), posteriormente, diante da urgência do objeto e do descumprimento de requisições e recomendações ministeriais, do referido procedimento administrativo decorreu a instauração de Inquérito Civil Público, autuado sob número MPRJ 2020.00304158 (Doc. II – portaria do IC).

Dentro da diversidade de modelos de equipamentos de acolhimento para pessoas com deficiência existentes, inclusive aqueles já ultrapassados e contra a política pública vigente (abrigões), é possível encontrar no Município do Rio de Janeiro e no Estado do Rio de Janeiro clínicas privadas que atendem a pessoas com deficiências intelectuais e psiquiátricas, moradias assistidas, residências inclusivas e unidades de acolhimento (“abrigões”), com público de pessoas com as mais diferentes deficiências, algumas extremamente severas.

Essas pessoas estão acolhidas em razão da situação de extrema vulnerabilidade social, com vínculos familiares e afetivos, em sua grande maioria, rompidos, além de alto grau de dependência e fragilidade de saúde.

Objetivando a adoção efetiva de medidas preventivas ao contágio em massa de pessoas com deficiência em acolhimento institucional, foi instaurado o procedimento administrativo já mencionado. No referido procedimento foram expedidos ofícios ao Estado do Rio de Janeiro e ao Município do Rio de Janeiro, buscando informações sobre o fornecimento de equipamento de proteção individual às referidas instituições, material de higiene, local de isolamento dos casos suspeitos, dentre outros esclarecimentos relevantes sobre a prevenção contra o CORONAVÍRUS.

Por sua vez, a necessidade de implantar medidas preventivas de caráter enérgico contra a propagação do Covid-19 nas instituições foi discutida em duas reuniões realizadas nos dias 20 e 23 de março, respectivamente, com representantes da Secretaria Estadual de Saúde e com integrantes das Secretarias de Assistência do Estado e Município, a fim de obter informações acerca de ações destinadas a pessoas com deficiência em condição de acolhimento, dada sua classificação como grupo de risco.

Trata-se de grupo de risco porque, dependendo dos problemas de saúde preexistentes, as pessoas com deficiência podem correr um maior risco de desenvolver formas mais graves de COVID-19 se forem infectadas. A ciência já demonstrou que a COVID-19 exacerba tais questões de saúde, particularmente as

que estão relacionadas com a função respiratória, a função do sistema imune, doenças cardíacas ou diabetes.[6]

No entanto, em ambas as reuniões não foi apresentado qualquer plano de ação preventiva e de enfrentamento da pandemia do Coronavírus delineado para atender as pessoas com deficiência, tendo apenas sido esclarecido pela pasta da assistência que o planejamento seria: "*isolar as pessoas contaminadas dentro da própria instituição, quando não for caso de internação",* o que, conforme já pode ser atestado por esta Promotoria de Justiça por ocasião das visitas realizadas nas unidades localizadas na cidade do Rio de Janeiro, será tarefa bastante improvável de ser executada.

Em 03 de abril de 2020, durante reunião com a Secretaria Estadual de Saúde, foi dito claramente que **não havia previsão de fornecimento de equipamento de proteção individual às unidades de acolhimento**, pois, diante da ausência de casos noticiados, a prioridade era o abastecimento da rede hospitalar. Indagados sobre a elaboração de um fluxo diferenciado, com equipes de atendimento volante a partir da comunicação de casos suspeitos, foi alegado que tal planejamento caberia a cada Município, como se verifica do documento em anexo (Doc. III – ata de reunião com equipe técnica SES 03/04/2020). O Estado se esquivou, inclusive, de publicar qualquer orientação ou diretriz geral sobre esse segmento aos Municípios, estimulando ações preventivas locais.

[6] OPAS – OMS. Considerações sobre Pessoas com Deficiência durante o surto de Covid-19. COVID_19_Disability_briefing-PT. Abril. 2020.

Igualmente, quando abordada a questão referente ao kit de exames para testagem prioritária de pessoas com deficiência foi informado que não há previsão de testagem prioritária das pessoas com deficiência institucionalizadas, mesmo aquelas sintomáticas, como foi novamente afirmado em reunião, desta feita pelos representantes da Secretaria Municipal de Saúde, em 14 de abril de 2020 (Doc. IV – ata de reunião com instituições e SMS 14/04/2020).

Diante das circunstâncias, a Promotoria de Justiça expediu a RECOMENDAÇÃO CONJUNTA Nº 01/2020 aos Exmos. Srs. Governador do Estado do Rio de Janeiro, Wilson José Witzel, e Prefeito do Município do Rio de Janeiro, Marcelo Bezerra Crivella, ao Secretário de Assistência Social e Direitos Humanos do Município do Rio de Janeiro e ao Secretário Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, a fim de que fossem adotadas algumas providências para prevenção de contágio massivo em unidades de acolhimento, dentre elas a disponibilização de estabelecimento público ou privado para alojamento de idosos e pessoas com deficiência (abrigadas) com suspeita ou contaminação pelo novo coronavírus, que não necessitassem de internação médica, o que não foi cumprido até a presente data. (Doc. V – Recomendação Conjunta nº 001/2020).

Até o momento da propositura desta demanda, apenas a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, através do of. SEDSODH/GABSEC SEI Nº 280, respondeu – de forma insatisfatória - a recomendação, limitando-se a informar, dentre outros itens, o seguinte:

> *"...cumpre dizer que o material de higiene pessoal, limpeza e EPIS estão disponíveis em cada Instituição, uma vez que se trata de materiais dispostos nos planos de trabalho elaborados pelas cogestoras dos convênios, sendo uma obrigação das mesmas fornecerem tais itens para o bom funcionamento as Instituições, seguindo o que está na Resolução expedida pela SES e Vigilância Sanitária".*

Cabe anotar, no entanto, que várias unidades de acolhimento informaram sobre a ausência de EPIs e produtos de higiene como álcool em gel e álcool a 70%, seja por dificuldade de encontrar o produto no mercado seja por ausência de recursos para tal aquisição.

Nesse cenário e diante da ausência de divulgação de um plano de contingência seja pelo Estado seja pelo Município destinado ao combate do Coronavírus nas unidades de acolhimento de pessoas com deficiência, não restou ao Ministério Público outra alternativa a não ser a propositura desta demanda, a fim de assegurar o direito fundamental à saúde e à vida da população que já era tida como vulnerável, e com a pandemia, faz-se duplamente vulnerável.

Como se demonstrará a seguir, a persistir a situação atual, muito em breve estaremos diante de uma catástrofe dentro das unidades de acolhimento, com tristes e vergonhosos números de óbitos. Além disso, diante da escassez de leitos e respiradores, teme-se que essas pessoas – pela fragilidade de saúde – se precisarem de internação acabem por vir a óbito aguardando uma vaga.

As medidas de prevenção e prioridade máxima a esse segmento são absolutamente URGENTES.

2 - DO HISTÓRICO DE PROLIFERAÇÃO DO VÍRUS NAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO NA EUROPA E NOS EUA - DA NECESSIDADE DE SE ESTABELECER UM FLUXO DIFERENCIADO DE ATENDIMENTO.

A experiência vivenciada pelos países que primeiro noticiaram casos de Coronavírus, amplamente difundida pelos mais diversos meios de comunicação, revelam um cenário devastador e absolutamente preocupante dentre pessoas em acolhimentos institucionais.

A este respeito, destaca-se a notícia veiculada através do Jornal Estado de Minas, tratando de instituições de longa permanência para idosos ao redor do mundo, que, todavia, serve para retratar o que pode acontecer em ambiente com aglomeração de pessoas com deficiência, não raras vezes acometidas por doenças crônicas.

> *"As Casas de repouso do mundo inteiro estão sendo devastadas pelo novo coronavírus: na Espanha, pelo menos 70 idosos morreram em 14 lares ou centros de dia com confirmação ou suspeita de estarem infectados com o vírus. Na Itália, quinze mortes foram registradas em um estabelecimento em Gandino, perto de Bérgamo, em uma das zonas mais afetadas do país. A Pandemia ainda fez 20 vítimas em um lar de idosos em Vosgues, no leste da França e uma em Portugal. A situação não é diferente em um centro de idosos nos EUA, onde cerca de dois terços dos*

> *129 moradores deram positivo nos testes para o novo vírus e 35 morreram"*[7].

Lamentavelmente, situação similar já começou a ocorrer nas Instituições Brasileiras. No dia 06 de abril, o site do G1.com/ES publicou a trágica notícia abaixo:

> *"Após a **confirmação da morte por Covid-19 de uma idosa de 80 anos** que estava em uma casa de repouso em Vitória, o Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES) testou e confirmou que outras 22 pessoas da instituição também contraíram o vírus, sendo 18 idosos e quatro funcionários.*
> *A morte da idosa foi confirmada pela Secretaria Estadual de Saúde na sexta-feira (3). Depois disso, amostras foram coletadas nos idosos e funcionários da casa de repouso. Em menos de 24 horas, o laboratório liberou o resultado que confirmava a infecção das 22 pessoas.*
> *Três médicos indicados pela Sesa visitaram a instituição e encaminharam um dos idosos para atendimento médico em hospital particular. A maioria dos idosos residentes no local tem plano de saúde.*
> *Uma unidade de resposta rápida com integrantes da Sesa, Vigilância Municipal de Vitória e um conjunto de especialistas, foi instituída no domingo (5) para definir ações, monitorar e avaliar os casos.*
> *De acordo com a Sesa, o acompanhamento e avaliação dos contaminados será diário. Nesta segunda-feira (6), os familiares foram acolhidos, receberam o resultado dos exames em mãos e foram informados sobre o protocolo e todas as medidas que serão adotadas."*

[7] Casas de repouso dizimadas na Europa pelo novo coronavirus. Estado de Minas Internacional, 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2020/03/24/interna_internacional,1131866/casas-de-repouso-dizimadas-na-europa-pelo-novo-coronavirus.shtml. Acesso em: 02 de abril de 2020.

E nem se diga que tais acontecimentos se restringem aos idosos ou a outros estados da federação. Já foram identificados casos de pessoas com deficiência institucionalizadas no Município do Rio de Janeiro contaminadas, o que torna a questão objeto de PAUTA PRIORITÁRIA por parte da Gestão.

Um dos casos foi de pessoa com deficiência residente na unidade de acolhimento Instituto Convidativa, que se encontra em estado grave no Hospital de Vassouras, após transferência promovida pela UPA da Cidade de Deus, cuja testagem apontou positivo para Covid-19, conforme confirmado via ligação telefônica por representante da instituição. Foram noticiados, ainda, cinco casos de suspeita de Covid-19 na instituição Sig Residência Terapêutica, na unidade localizada na Tijuca, demonstrando a rápida e perigosa propagação do vírus em ambiente institucional (Doc VI – comunicação sobre paciente com COVID-19).

Tais fatos são de pleno conhecimento dos gestores, tendo sido realizada reunião em 14 de abril de 2020 com representantes de ambas as unidades de acolhimento, da Secretaria Municipal de Saúde, da Vigilância Sanitária e da Vigilância em Saúde Municipal, onde foi confirmado que os casos foram devidamente comunicados à Vigilância Epidemiológica do Município do Rio de Janeiro e à SES.

Como se vê, a inércia negligente do Poder Público no que tange ao cuidado preventivo com as pessoas com deficiência acolhidas em instituições ou

residências inclusivas- o que lamentavelmente decorre de um histórico de invisibilização dessas pessoas no Brasil - pode ser fatal, sendo que a propagação do vírus nessas instituições já se iniciou.

Isso se afirma porque a omissão ou demora em realizar um fluxo que atenda as peculiaridades dessas instituições, dispondo sobre todas as medidas de prevenção e cuidados, bem como um protocolo diferenciado caso haja suspeita de COVID, pode levar muitas pessoas a perderem suas vidas.

O Fluxo mencionado deve considerar, dentre outras providências (i) a necessidade de **acompanhamento/monitoramento permanente e direto (inclusive por telefone)**, especialmente nesse momento crítico, pela vigilância sanitária e unidade de atenção primária referenciada, onde além da questão clínica haja instruções claras sobre as medidas de prevenção a serem adotadas; (ii) na hipótese de suspeita de surto, **monitoramento com periodicidade adequada, sugerido que seja a cada 12 horas** pelas equipes de saúde; (iii) a designação de **equipes volantes para atender demandas de saúde nessas Instituições**, evitando o deslocamento do acolhido para atendimento de saúde fora da Instituição, salvo em casos mais graves. Isso porque já é sabido que a propagação do vírus nesses locais se dá ou em razão de cuidadores e profissionais contaminados ou quando há necessidade de saída do acolhido para unidade de saúde de referência. Foi esse justamente o caso que ensejou o primeiro contágio dentro do sistema carcerário: idoso que foi levado para pronto socorro e foi contaminado, levando o vírus para o sistema carcerário; (iii) no caso de suspeita de COVID, **coleta de material e aplicação de testes para confirmação,** inclusive nos profissionais que

trabalham no local e usuários contactantes; (iv) a **indicação do local de isolamento** para a pessoa contaminada, caso não haja espaço adequado dentro da instituição e não seja caso de internação, bem como **a forma para acionamento do sistema de regulação, via vaga zero, se for caso de internação hospitalar** (inclusive quando a emergência se der após as 18:00 ou finais de semana); (v) providências relativas ao **lixo infectado** e providencias a serem adotadas em caso de **óbito**.

Como muito bem pontuado pela própria Vigilância Municipal do Rio de Janeiro em reunião, **todos os casos de suspeita nessas instituições devem ser tratados como possível SURTO,** haja vista o alto risco de propagação da doença no local, ensejando avaliação imediata, isolamento dos casos suspeitos, monitoramento permanente pela rede e testagem. Para que de fato seja funcional esse sistema de alerta como surto é preciso acompanhamento permanente pela Vigilância Sanitária e Atenção Básica, eis que é notória a subnotificação e, ainda, a existência de notificações que sequer indicam o endereço de onde ocorreu o caso, o que impede que se identifique o local como sendo uma instituição de acolhimento!

Apesar de instados pelo Ministério Público, **não se apresentou até o momento planejamento específico voltado a este público**. Pelo contrário, insistem em imputar aos cogestores a responsabilidade de preservar a saúde das pessoas com deficiência acolhidas. Um exemplo sobre a falta de prioridade para o atendimento desse grupo foi o da vacinação contra a gripe. Apenas foi **elaborado cronograma e contatadas as instituições para vacinação *in loco* após o agendamento de reunião pela Promotoria de Justiça com representantes da Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde – que imediatamente atenderam ao**

pedido - malgrado Recomendação neste sentido já anteriormente expedida ao nível central, o que demonstra que o tema não está incluído na agenda da gestão.

Sendo assim, a consequência que resulta da omissão dos gestores públicos em deixar de adotar medidas administrativas destinadas a estabelecer um protocolo de atendimento específico por equipes de saúde nas unidades de acolhimento e residência de pessoas com deficiência, bem como testagem de residentes e funcionários, é a real possibilidade de contaminação massiva de grande parte dos residentes e também dos profissionais que prestam serviço na instituição.

3- DA NECESSIDADE DE PROVER INSUMOS PARA PREVENÇÃO/HIGIENE E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSINAIS

A falta de materiais básicos de higiene e morosidade em sanitizar tais instituições, aliada a ausência de capacitação dos profissionais e canal direto para dirimir dúvidas, pode ser fatal.

Muitas dessas instituições de acolhimento já relataram dificuldades em obter os itens mais básicos de higiene, até mesmo pela escassez desses produtos (como álcool 70, álcool em gel, dentre outros) no mercado, cabendo aos Gestores, em especial à Assistência Social, disponibilizar tais itens.

Com relação à necessidade de capacitação voltada para tais unidades de acolhimento, além de um canal para esclarecimento de dúvidas diretamente com

a área da saúde, vale consignar que o fato de terem sido encaminhadas as notas técnicas e orientações gerais sobre prevenção não afasta a necessidade de tal providência. Isso porque nem sempre o conteúdo das normas é integralmente compreendido pelos profissionais/cuidadores e colocado em prática, sendo bem peculiar a situação dessas unidades de acolhimento.

Os acolhimentos institucionais e residências inclusivas são instituições reconhecidas como de assistência social (SUAS), e não unidades de saúde, apesar de na prática muitas vezes terem natureza híbrida, especialmente nos casos residências terapêuticas, clínicas psiquiátricas e unidades voltadas ao atendimento de deficiências severas. Essas instituições notoriamente não têm preparo algum para o enfrentamento desta pandemia. Além de a estrutura física não comportar isolamento dentro da própria unidade, os cuidadores não têm capacitação e preparo para o manejo dos equipamentos de proteção individual, lixo infectado e os quadros se agravam de maneira muito rápida em razão das demais comorbidades de saúde.

Cabe lembrar que se está diante de um público que muitas vezes enfrenta barreiras no acesso às informações de saúde, uma vez que o entendimento fica comprometido quando não se está diante de linguagem simples e de apoio comunicacional, o que faz com que a aplicação de medidas de prevenção e de higiene sejam mais dificultadas, isto é, passa a ser também uma barreira na implementação de medidas de higiene preventiva.

A situação se agrava também porque significativa parte dos acolhidos, especialmente em virtude de deficiências de ordem intelectual, apresenta dificuldade de compreensão do próprio risco do contágio, além disso, há deficiências físicas que impossibilitam que a pessoa “esfregue” suas mãos para uma higienização ideal, outras costumam encostar em superfícies para obter informações, como é o caso de pessoas com deficiência visual, ou para se apoiar, quando com mobilidade comprometida, e, ainda, há quem use equipamentos que facilitam a propagação do vírus, como alguns respiradores.[8]

A respeito das condições estruturais, materiais e humanas das unidades de acolhimento para pessoas com deficiência sediadas no Rio de Janeiro, o Grupo de Apoio Técnico Pericial do MP/GATE elaborou informação técnica em que pontuou que são “**precários o nível de higiene e as condições de moradia**; tais situações, que não deveriam ocorrer sob nenhuma circunstância, tornam ainda mais preocupante o cenário geral de prevenção e de manejo de casos suspeitos de Covid-19.” (Doc. VII – IT 368 do GATE).

Mesmo diante da clara necessidade de medidas preventivas rigorosas, considerando os grupos de pessoas com deficiência mais suscetíveis às complicações respiratórias ou outras complicações de saúde relacionadas a comorbidades e imunodeficiências prévias, os entes réus não adotaram quaisquer medidas a fim de garantir o acesso aos itens básicos de higiene ou capacitação.

[8] OPAS – OMS. Considerações sobre Pessoas com Deficiência durante o surto de Covid-19. COVID_19_Disability_briefing-PT. Abril. 2020.

Como já mencionado, não foi sequer estabelecido cronograma de vacinação para pessoas com deficiência em situação de acolhimento, sendo certo que até a presente data há instituições com dezenas de pessoas não imunizadas contra H1N1, violando a prioridade que a Constituição Federal e a Lei Brasileira de Inclusão lhes conferem.

Tudo isso, somado ao fato de que a estrutura física da expressiva maioria das unidades de acolhimento dificulta a adoção de medidas de prevenção. Neste contexto, transcreve-se novamente trecho da Informação Técnica elaborada pelo GATE:

> *"Ressalte-se que os desafios para esta estruturação adequada incluem o fato de muitas unidades contarem com quartos de uso coletivo – inclusive com capacidade acima do permitido – e com banheiros de uso coletivo.*
> *(...)*
> *A situação de propagação de SARS-CoV-2 é preocupante e o fato pode se agravar no contexto das unidades de acolhimento para pessoas com deficiência seja pelas complicações mais sérias de saúde que a doença pode acarretar para as pessoas com deficiência,* ***seja pela já conhecida situação de higiene precária e condições insatisfatórias de acolhida nessas instituições,*** *mesmo antes deste fato. Tendo isso em vista, urge a tomada de ações enérgicas para que medidas preventivas de contágio e disseminação sejam adotadas e, também, para que medidas de cuidados sejam prontamente colocadas em prática no caso de casos prováveis, suspeitos e confirmados de Covid-19 no interior das unidades de acolhimento para pessoas com deficiência."*

Cabe registrar que dentre as unidades de acolhimento existentes no Rio de Janeiro existem aquelas que possuem – de forma contrária à normativa vigente – dezenas de camas, umas ao lado das outras, muitas vezes com espaço ínfimo entre elas, refletindo local propício a proliferação rápida do vírus que se pretende combater, além de banheiros coletivos, como mencionado no mesmo documento acima transcrito:

> *“**Os banheiros e lavatórios devem ser limpos e desinfetados com produtos adequados e conforme protocolo e fluxo estabelecido.** Ressalte-se que na grande maioria das unidades de acolhimento para pessoas com deficiência os banheiros destinados às pessoas acolhidas são de uso coletivo e, frequentemente, não estão em padrões de qualidade aceitáveis e apresentam higiene precária.*
> *(...)*
> *A higienização dos quartos deve ser feita conforme protocolo e recomenda-se que as camas sejam afastadas umas das outras o máximo possível. Ressalte-se que muitas unidades de acolhimento para pessoas com deficiência fazem uso de acomodações coletivas e não é incomum encontrar um número superior de camas por acomodação e em condições de precariedade. Trata-se de uma violação de direitos que precisa ser resolvida permanentemente por meio de ações que incluem o fechamento de instituições de perfil asilar e não previstas na legislação, o reordenamento da rede e a desinstitucionalização, sendo o afastamento das camas uma medida emergencial.”*

A realidade de tais instituições é facilmente verificada nas visitas e inspeções realizadas pelos mais diversos órgãos de fiscalização. Nesse sentido, vale registrar a publicação, em maio de 2018, do relatório “Eles ficam até **morrer”,**

elaborado pela Organização *Humans Rights Watch*[9]. O documento denuncia a situação de negligência e isolamento identificada nas instituições para pessoas com deficiência no Brasil, em flagrante descumprimento à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, internalizada com status de norma constitucional e monitorada pela ONU, sendo muitas delas localizadas no território fluminense. Pessoas jogadas ao chão, sem colchões, com banhos coletivos e itens mais básicos de higiene compartilhados. Essa é a mais dura realidade das nossas Instituições, razão pela qual tantas vezes se faz necessário recorrer ao Poder Judiciário para garantia de direitos.

4 - DO ISOLAMENTO DOS CASOS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA CONTAMINADAS DENTRO DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO - RISCO DE PROLIFEREÇÃO E ÓBITO EM MASSA

Considerando que a população de pessoa com deficiência é especialmente vulnerável à nova doença respiratória em virtude de suas necessidades complexas e de seu variado grau de dependência, cabe a aplicação analógica da normativa publicada pela Agência Nacional de Saúde - a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA 05/2020 - em que restam listadas orientações voltadas à prevenção e ao controle de infecções pelo novo Coronavírus a serem adotadas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (Doc. VIII – Nota Técnica ANS).

[9] Disponível em https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/brazil0518port.pdf. Acesso em 18.01.2020.

O documento entrega informações aos dirigentes das unidades acerca dos sintomas usualmente apresentados pelos pacientes acometidos pela doença e recomenda medidas de prevenção para impedir a disseminação do vírus, tais como monitoramento periódico, higiene das mãos, orientações de etiqueta e higiene, limpeza e desinfecção de superfícies, utensílios e produtos compartilhados pelos residentes, vacinação, restrição de visitas e restrição ao uso das áreas comuns.

Quanto aos casos suspeitos, a Nota Técnica recomenda, dentre outras medidas, a **reserva de ambiente isolado para que o doente permaneça em quarto individual ou, ao menos, apenas na companhia de outros doentes, em ambiente bem arejado**.

À vista disso, o Ministério da Cidadania publicou a Nota Técnica SEI/MC 7224617, recomendando o mapeamento de riscos e a elaboração de plano de contingência nas instituições de abrigamento, citando, dentre outras ações, a importância de *"**providenciar espaços reservados adequados ao uso de acolhidos infectados ou com suspeita de infecção pelo coronavírus**".* (Doc. IX– Nota Técnica Ministério da Cidadania).

Dentre as diretrizes, destacam-se o gerenciamento de higiene para evitar infecções (manutenção de mãos limpas com sabão e álcool gel, e secas com lenços descartáveis – o que se torna consideravelmente difícil em relação a pessoas com dificuldade de compreensão por deficiência intelectual ou com barreiras físicas para o autocuidado) e **a necessidade de se garantir um quarto para que cada**

caso suspeito permaneça em isolamento. Na impossibilidade, indica-se definir um espaço reservado temporariamente para este fim, bem arejado.

Em sequência, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro expediu a nota técnica SVS/SES-RJ Nº 12/2020, repassando orientações para prevenção e controle de infecções pelo novo Coronavírus (Covid-19) a serem adotadas nas instituições de longa permanência de idosos (ILPI) no estado do Rio de Janeiro. Cabendo, uma vez mais, sua aplicação analógica (Doc. X – Nota Técnica SVS/SES).

Dentre as orientações para prevenção e manejo de residentes infectados, merecem destaque as seguintes: (i) utilizar luvas, máscara e capote para atendimento aos residentes, principalmente para aqueles com maior grau de dependência; (ii) disponibilizar o equipamento de proteção individual (EPI) necessário nas áreas onde é prestado atendimento a residentes; (iii) **manter o residente em quarto privativo, com diagnóstico confirmado para COVID-19**; (iv) durante a assistência direta ao residente utilizar luvas, óculos, máscara, gorro e/ou avental descartável conforme exposição ao risco, o que reforça a obrigatoriedade de isolamento em caso de confirmação de contaminação.

Da mesma forma, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SUBPAV) publicou orientações aos idosos maiores de 60 anos e às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) acerca da prevenção e controle da disseminação do CODVID-19, qualificando sua situação como grupo de alto risco e indicando, como medidas a serem tomadas, identificar e fornecer isolamento respiratório na

instituição para os acometidos por síndromes gripais, com uso dos EPIs (equipamentos de proteção individual) para os profissionais de saúde que cuidam destes idosos (Conforme recomendações técnicas de uso de EPI), e determinando que casos suspeitos devem ficar em **isolamento respiratório**, desde o primeiro dia de sintomas, até serem descartados, sendo esta medida de suma importância (Doc. XI – Nota Técnica SMS para ILPI) , devendo-se ser aplicado por analogia as instituições de pessoas com deficiência.

Nesse passo, apesar de as Secretarias de Saúde do Estado e do Município expedirem notas técnicas com orientações sobre as medidas a serem adotadas pelas instituições, a maioria delas não conseguirá atendê-las satisfatoriamente. Isto porque raras são as que que contam com quartos individuais OU POSSIBILIDADE DE INDIVIDUALIZAR OS CÔMODOS EXISTENTES. Por sua vez, os quartos coletivos já estão com a sua lotação esgotada. Assim, urge a necessidade da Assistência Social providenciar alojamentos/hotéis/pousadas para alocar todos os infectados, sendo dever dos gestores providenciar o adequado local para isolamento, caso não seja possível dentro das instituições, bem como a estrutura pessoal e de material, assegurada a continuidade de terapias e tratamentos imprescindíveis de acordo com o quadro clínico de cada indivíduo.

É importante, todavia, a manutenção de algum tipo de contato social, mesmo que mediado por equipamentos de tecnologia ou telefonia, visando a prevenção de transtornos ansiosos e de humor, que poderiam intervir negativamente em relação ao prognóstico do processo. As informações sobre a implementação de

higiene e saúde, como já salientado, devem ser feitas em linguagem simples e acessível e de forma positiva.

Por outro lado, deve-se tentar reduzir ao máximo o número de pessoas internadas em instituições psiquiátricas, restringindo-se o ambiente aos que realmente precisam permanecer institucionalizados, buscando promover a retomada da autonomia e dos vínculos familiares, de forma a conter a disseminação de Covid-19 nesses locais.

5 - DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPIS. DA NECESSIDADE DE FORNECIMENTO AOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

À toda evidência, o Ministério Público não busca desabastecer as unidades hospitalares para atender aos abrigos, mas o Poder Público precisa apresentar um plano de trabalho que também os contemple. É totalmente contraditório que as Secretarias de Saúde e a ANVISA recomendem a utilização dos EPIS e não indiquem os meios de adquiri-lo, cientes da escassez e até mesmo da impossibilidade de encontrá-los no mercado mundial, e, mais, não os forneçam à população mais vulnerável e com maior chance de buscar a rede de saúde em caso de contágio.

Outrossim, ainda que algumas Instituições possuam recursos financeiros, como vão adquirir os EPIS se eles estão indisponíveis no comércio e aqueles em produção estão sendo destinados exclusivamente aos profissionais

lotados nos hospitais? Por que o Poder Público ainda não lançou mão dos instrumentos legais disponíveis para tentar minimizar essas dificuldades?

É fato público e notório que a OMS e as autoridades de saúde de diversos países, inclusive do Brasil, reconhecem a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual para o controle e prevenção ao contágio por COVID-19, daí a relevância de se conferir prioridade às unidades de acolhimento de pessoas com deficiência, considerando a vulnerabilidade daqueles que lá se encontram, em sua maioria alojados em condições inadequadas, em quartos coletivos operando acima de sua capacidade, além da prioridade de atendimento que a lei confere.

Não ignora o Ministério Público o árduo e profícuo trabalho que vem sendo desenvolvido pelas equipes de saúde das três esferas de governo, entretanto, referidas autoridades estão se limitando a expedir orientações para prevenção e controle dentro daquelas instituições de abrigamento, ignorando a realidade fática por elas vivenciada, valendo destacar a insuficiência de recursos humanos, estrutura física precária, superlotação, falta de treinamento e capacitação de pessoal.

Sobre o uso do EPI, o Grupo de Apoio Técnico Especializado do Ministério Público (GATE) registra na Informação Técnica que:

- *Os profissionais devem fazer o uso de EPISs conforme recomendações e protocolos estabelecidos pela OMS e estipulados em parâmetros nacionais;*

- *Profissionais que realizam procedimentos geradores de aerossóis devem usar máscara N95 ou equivalente;*
- *Os profissionais devem realizar a higienização das mãos antes e imediatamente após qualquer toque na pessoa acolhida pela unidade, mesmo quando EPIs (luvas) forem utilizados. Após o uso de luvas a higiene das mãos é igualmente OBRIGATÓRIA;*
- *descarte de EPIs deve seguir protocolo, não permitindo descarte em lixo comum, em especial daqueles que apresentem sintomas respiratórios e com diagnóstico de Covid-19.*

É importante destacar que boa parte dos profissionais que estão na linha de frente nas unidades de acolhimento mantém contato físico com os residentes, já que muitos possuem comorbidades e precisam de auxílio para atividades básicas como alimentação, higiene pessoal e locomoção, ou mesmo com equipamentos de apoio/auxílio, como cadeiras de rodas, bengalas etc. À míngua de equipamentos de proteção individual, esse mesmo cuidador que aferirá a temperatura de um residente infectado poderá disseminar o vírus entre os demais residentes do local. O quadro de pessoal das instituições é deficitário e dificilmente serão designados funcionários exclusivamente para atendimento aos infectados.

Além disso, as orientações técnicas expedidas pelos órgãos de Vigilância Sanitária recomendam a utilização de máscaras pelos residentes contaminados na hipótese de circulação no ambiente coletivo. Ora**, os ambientes institucionais são coletivos**, **em sua maioria,** e muitas vezes há um único sanitário para ser compartilhado. Como evitar a proliferação do vírus entre residentes e funcionários?

Nem se argumente que essas instituições, públicas (administradas por co-gestores), conveniadas, filantrópicas e particulares devem adquirir os EPIS por meios próprios, diante da previsão contratual e dos respectivos planos de trabalho. Muitos desses materiais não fazem parte da rotina das unidades de acolhimento, que há muito vem enfrentando dificuldades de funcionamento com os parcos recursos disponíveis, inclusive, muitas enfrentam atrasos nos repasses de verbas pactuadas em convênios. **Em verdade, boa parte das instituições sequer tem vestuário individualizado! Também não é incomum verificar, durante as fiscalizações, que os itens mais básicos de higiene são compartilhados, como escovas de dente!**

Assim, a existência de capote e materiais para utilização em pandemias, não é comum, afinal, a última de que se tem notícia, denominada “gripe espanhola”, ocorreu em 1918.

Evidentemente, se estamos diante de uma pandemia que surgiu em dezembro de 2019, a aquisição desses EPIs, em quantidade e especificidade, não estava prevista quando da elaboração dos respectivos planos de trabalho.

Mesmo que assim não fosse, caberia ao Poder Público adotar todas as medidas necessárias ao suprimento das necessidades apresentadas, eis que básicas, fundamentais e urgentes, promovendo-se, posteriormente, as devidas compensações financeiras, se fosse o caso.

E não pode isto servir de argumento, afinal, cada vez mais ordinária a prestação de serviços por meio de descentralizações, o que não é diferente em relação à saúde e a gestão dos hospitais públicos. Em razão disso, o Estado e o Município estão se abstendo de fornecer os EPIS? A resposta a essas indagações é uma só: NÃO! Isso porque estamos diante de uma situação de emergência em saúde pública jamais vista, inclusive já reconhecida pelas três esferas de governo em decretos anteriormente citados.

Nesse sentido, a omissão na elaboração de um planejamento de aquisição de EPIS abrangendo os profissionais de saúde que atuam nas unidades de acolhimento configura critério discriminatório e inconstitucional, considerando que, como destacado, as pessoas com deficiência contaminadas que não necessitem de internação hospitalar terão seus cuidados ministrados pelos funcionários, que estarão complemente expostos à contaminação. E qual a diferença entre o trabalho exercido por esses profissionais nos acolhimentos institucionais e aqueles lotados na rede hospitalar?

Ademais, o artigo 8º da Lei Brasileira de Inclusão aduz que é dever do Estado assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde, de sorte que de nenhuma maneira se pode conceber que EPIS sejam fornecidos a outros grupos e não às pessoas com deficiência, em especial aquelas em condição de vulnerabilidade, o que reforça o dever estatal.

Isto porque, a escassez de equipamentos não justifica a ausência de um mínimo de planejamento e orientação quanto a sua dispensação às instituições, ainda que após uma destinação inicial para as unidades de saúde **ou, pelo menos, prevendo a distribuição imediata para unidades de acolhimento com suspeitas de contágio.**

Tratar os acolhimentos institucionais e residências inclusivas de forma diversa configura verdadeira discriminação, em última análise, significa entregá-los à própria sorte.

Impende lembrar que as medidas de proteção e prevenção são essenciais para o afastamento do temido colapso da rede de saúde, caracterizado pela ausência de leitos, respiradores, equipamentos outros e o contágios dos próprios profissionais de saúde, razão pela qual se deve INVESTIR EM PREVENÇÃO.

A despeito de tudo isso, repetindo o tão conhecido e rotineiro “jogo de empurra”, Secretaria Estadual de Saúde deixou claro que não faz parte do planejamento daquela pasta a dispensação de EPIS às unidades de acolhimento, conforme informativo expedido pelo Centro de Apoio de Saúde (já citado Doc. III – ata de reunião com a SES).

5.1 - <u>**DAS ORIENTAÇÕES E NOTAS TÉCNICAS EXPEDIDAS PELOS GOVERNOS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL A RESPEITO DA**</u>

UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NAS ILPIS – APLICAÇÃO ANALÓGICA NECESSÁRIA ÀS UNIDADES DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.

Objetivando organizar as orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus em Instituições de longa Permanência para Idosos, **o *Governo Federal***, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 21 de março, expediu **a Nota Técnica GVIMS/ANVISA nº 05/20** (já mencionado Doc. VIII), merecendo destaque especial as seguintes considerações:

> *"Como a nova doença respiratória, COVID-19, que está se espalhando globalmente e que apresenta letalidade elevada na população idosa(pessoa com 60 anos ou mais), as ILPIs devem implementar medidas de prevenção e controle de infecção para evitar ou reduzir ao máximo que os residentes, seus cuidadores e profissionais que atuem nesses estabelecimentos sejam infectados pelo vírus e, mais significativamente, reduzir a morbi-mortalidade entre os idosos nessas instituições."*

Dentre as recomendações, merecem destaque aquelas direcionadas à utilização de equipamento de proteção individual, por cuidadores/profissionais que entrarem em contato com residentes com quadro suspeito ou contaminados, valendo a transcrição alguns dos equipamentos citados:

-óculos de proteção ou protetor facial;
- máscara cirúrgica(comum);
- avental;
-luvas de procedimento não estéril
- gorros

Relativamente aos profissionais responsáveis pela limpeza das ILPIs, devem ser disponibilizados os seguintes materiais:

- gorro;
- máscara cirúrgica(comum);
- avental;
- luvas de borracha de cano longo;
- botas impermeáveis.

Em 11 de março, **o Ministério da Mulher Família e Direitos Humanos**, editou a Nota Pública que veicula **medidas de prevenção ao coronavírus nas Unidades de Acolhimento Institucional** (já mencionado Doc. IX), conforme segue:

> *"Durante o contato com o acolhido infectado ou com suspeita de infecção por coronavirus, os profissionais deverão utilizar máscaras e outros equipamentos de proteção individual – EPI indicados pelas autoridades sanitárias, que devem ser retiradas ou descartadas logo após o uso."*

No dia 16 de março, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, publicou-se a Resolução SES 2002/20 (Doc. XII – Resolução SES 2002/20), **dispondo sobre normas de conduta e recomendações para prevenções e controle de infecções pelo novo coronavírus(covid-19) a serem adotadas nas Instituições de Longa Permanência de Idosos no Estado do Rio,** determinando, dentre outras providências, a utilização de máscara pelos profissionais que manejarem pacientes com sintomas respiratórios.

Em razão das orientações expedidas pela ANVISA, a SES também expediu a Nota Técnica-SVS/SES-RJ nº 12/2020 (Doc. X, já mencionado), reforçando a necessidade de utilização de máscara em caso de identificação de trabalhadores com sintomas respiratórios nas ILPIS, higienização frequente; uso de luvas, máscaras e capotes para atendimento a idosos residentes, principalmente para aqueles com maior grau de dependência; disponibilização de equipamento de proteção individual nas áreas onde é prestado atendimento a residentes.

O Município do Rio de Janeiro, por sua vez, através da Secretaria Municipal de Saúde fez publicar orientações aos idosos maiores de 60 anos e às Instituições de Longa Permanência, recomendando, a utilização de equipamento de proteção individual pelos profissionais de saúde que cuidam dos idosos com sintomas gripais. Através da Coordenação de Reabilitação da Pessoa com Deficiência, editou a Nota Técnica nº 02/2020, com recomendações para atendimento seguro, frente à pandemia, para instituições de longa permanência, abrigos e outros espaços para pessoas com deficiência (Doc. XIII – Nota Técnica Coordenação de Reabilitação SMS).

O Ministério Público conhece a escassez e a corrida mundial por equipamentos de proteção individual. Recentemente a imprensa noticiou o “confisco” pelos americanos de parte dos bens materiais adquiridos da China pelo Ministério da Saúde. Não obstante, os equipamentos porventura adquiridos pelo poder público também devem contemplar os profissionais de saúde/cuidadores que trabalham em unidades de acolhimento cujo público seja “grupo de risco”, pois também estão na linha de frente no combate ao vírus dentro das instituições.

E afirma-se uma vez mais, assim procedendo, evita-se o colapso da rede de saúde e um número de mortos que seria inédito da história deste país.

6 – DA NECESSIDADE DE TESTAGEM CASO HAJA SUSPEITA DE COVID-19

A necessidade de testagem das pessoas com suspeita de COVID-19 já é consenso em todas as áreas. A grande dificuldade é compatibilizar a escassez de testes e os tipos de testes disponíveis com a demanda da população.

A Nota Técnica 04/2020 do Ministério da Saúde (Doc. XIV) ampliou o escopo da norma anterior sobre a distribuição dos **testes rápidos** para detecção de anticorpos contra SARS- CoV-2 nos Estados e Municípios, **passando a incluir expressamente o grupo mais vulnerável à doença: idosos residentes em Instituições de Longa Permanência.**

Lamentavelmente, por mais uma vez, não houve menção expressa a esse grupo de pessoas com deficiências acolhidas, o que se explica pela invisibilidade desse segmento. Sendo assim, deve ser aplicada a norma de forma analógica, pelos motivos já expostos ao longo desta ação, sendo um público extremamente vulnerável e com diversas outras comorbidades.

Ressalte-se que esta recomendação do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde se refere apenas aos testes rápidos, sendo estes recomendados exclusivamente para as pessoas SINTOMÁTICAS, uma vez que os resultados não

seriam precisos para as pessoas ASSINTOMÁTICAS, conforme orientação da área de saúde.

Contudo, cumpre mencionar a existência de publicações em âmbito internacional, especialmente voltadas para a realidade de tais instituições, indicando que o teste RT-PCR, diferentemente do teste rápido, seria recomendável para todos os acolhidos da instituição e profissionais, inclusive assintomáticos, viabilizando o isolamento dos pré sintomáticos positivos (Doc. XV – Asymptomatic Transmission, The Achille's Heel of Current Strategies to Control Covid-19).

Nesse sentido, vale destacar as importantes informações sobre testagem constantes de IT do GATE 412/2020, especificamente voltada para as instituições de longa permanência para idosos e unidades de acolhimentos para pessoas com deficiência (Doc. XVI):

> *"Os testes laboratoriais a serem realizados nestes locais terão sua utilização definida com o tempo de evolução da doença, devendo ser utilizados o RT PCR naqueles com 3 a 7 dias de evolução dos sintomas e a partir do oitavo dia devem ser utilizados os testes sorológicos, conhecidos como "testes rápidos" (Imunocromatografia)."*
>
> *"Em conjunto com a Vigilância em Saúde, e em condições de disponibilidade,* ***todos os casos suspeitos devem ser testados laboratorialmente, no sentido de se estabelecer corretamente o seu diagnóstico, utilizando-se os métodos laboratoriais disponíveis para tal****.* ***De forma ideal, os contatos, dentre os internos e funcionários, também devem ser testados e em caso de insuficiência de insumos, ao menos uma amostragem significativa pode ser feita para se ter uma melhor avaliação da situação da doença*** *naquela unidade. Entretanto, ao passo que o Sistema de Saúde*

> *for sendo abastecido com um número maior de kits de diagnóstico, esses exames devem ser realizados até a totalidade dos casos suspeitos e contatos na instituição, além de seus colaboradores, profissionais e cuidadores. Essa necessidade se dá em função, principalmente, pelas características destas unidades, e as pessoas ali internadas correm um risco muito maior de contrair a doença e evoluir de forma negativa, aumentando em muito a letalidade no local. Tais unidades, assim como as demais que confinem pessoas em grande número em um mesmo ambiente (DEGASE, SEAP, quartéis e outros) podem se transformar em uma verdadeira bomba biológica, com disseminação rápida e violenta do agente etiológico do agravo. Todos os casos detectados, suspeitos ou confirmados, que permanecerem nestas instituições devem ser, além de isolados e testados, também monitorados diariamente pela Unidade Básica de Saúde da área, e em função da impossibilidade desta, essa obrigação deve ser executada por órgão regional, como, por exemplo, as Coordenações de Área, de preferência com visitas ao local, em que seriam verificadas as condições clínicas do doente, necessidade de encaminhamento para a realização de exames complementares ou internação, além da existência de novos casos suspeitos, aumentando-se assim a sensibilidade do sistema.*

Conforme mencionado na aludida IT e normas vigentes, devem ser disponibilizados e aplicados os testes RNA RT-PCR (padrão ouro, mais sensível), entre o 3º e 7º dia de evolução, nos usuários sintomáticos e numa amostra considerável dos contactantes e funcionários. A partir do 8º dia a orientação é pela utilização das testagens sorológicas (testes rápidos), direcionados aos usuários sintomáticos. **Entende-se que esses testes devam ser disponibilizados e aplicados IMEDIATAMENTE, <u>respeitadas as janelas de aplicação e adequação dos testes,</u>** a fim de viabilizar o isolamento dos casos suspeitos e afastamento imediato dos profissionais testados como positivo.

A área da saúde deverá providenciar a aplicação de tais testes ou capacitação para a correta aplicação, quando identificado caso suspeito em instituições de acolhimento, orientando sobre as medidas a serem adotadas a partir da identificação do caso n. 1, inclusive com relação aos contactantes e funcionários, com absoluta prioridade e rapidez.

7 – DA NECESSIDADE DE ORGANIZAÇÃO DE BANCO DE PROFISSIONAIS PELA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Outro problema decorrente do contágio nessas unidades de acolhimento, já experimentado em todo o mundo, é o da carência de profissionais e cuidadores nessas unidades de acolhimento, pelo necessário afastamento em razão da doença.

Nesse sentido, parece urgente que o Gestor da área da Assistência, tal como foi realizado na Saúde, estabeleça um plano de ação para o caso de necessidade de substituição temporária intempestiva de profissionais que atuam nas unidades de acolhimento e que sejam afastados por Covid-19.

É essencial que, de forma coordenada com a Secretaria Estadual de Assistência Social, as Secretarias Municipais de Assistência Social façam o cadastramento de todos profissionais que já atuam nas instituições de cada Município, devendo ser informado por cada unidade de acolhimento para pessoas com deficiência o caso de afastamento de profissionais por Covid-19. Tal medida objetiva o mapeamento contínuo da situação de recursos humanos de cada instituição, podendo ser acionado o banco de cadastros caso não haja outra

alternativa, de forma a evitar o abandono completo a tais pessoas, que dependem de cuidados permanentes.

A elaboração de um banco de cadastro de profissionais, inclusive com contato e articulação com os devidos conselhos de classe, é uma medida preventiva importante, eis que a substituição desses profissionais de forma imediata parece tarefa impossível.

Sensível a esta questão, o Ministério da Cidadania, através do processo nº 71000.018129/2020-74, fez expedir nota pública recomendando medidas de prevenção ao Coronavírus nas Unidades de Acolhimento Institucional (já mencionado Doc. IX – Nota Pública do Ministério da Cidadania). No item VI, recomendou-se o mapeamento de riscos e planos de contingência, da seguinte forma:

> *"As Secretarias de Assistência Social e cada serviço de acolhimento, incluindo aqueles ofertados por organizações da sociedade civil – OSC, devem identificar os possíveis riscos referentes à pandemia do coronavírus diante da realidade local e das especificidades dos usuários e do serviço, e elaborar planos de contingência voltados à mitigar os efeitos da ocorrência dos riscos identificados.*
>
> *Tais planos devem conter estratégias que estabeleçam procedimentos e ações a serem desencadeados diante do acontecimento de cada risco, de modo a dar respostas rápidas e efetivas aos eventos indesejados que porventura venham a ocorrer durante o período de emergência de saúde pública.*
>
> *Dentre outras situações que precisam ser mapeadas de acordo com a realidade de cada serviço, destacamos:*

> ***i. A possível necessidade de substituição temporária intempestiva de profissionais de cuidados diretos, de modo a garantir a continuidade do serviço e a atenção necessária aos acolhidos, na eventualidade de afastamento de muitos profissionais concomitantemente devido à suspeita ou contaminação com coronavírus ou por fazerem parte do grupo de risco para a doença.***
>
> *ii. A necessidade de providenciar espaços reservados adequados ao uso de acolhidos infectados ou com suspeita de infecção por coronavírus.”*

8.DA COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS PARA COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS.

A Lei Federal nº 8742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), ao dispor sobre a organização da Assistência Social aduz que se trata de direito do cidadão e dever do Estado, que deve prover os mínimos sociais, através de conjunto integrado de ações.

A Política de Assistência Social se ocupa de prover proteção à vida, reduzir danos e prevenir a incidência de riscos sociais e, para tanto, tem obrigação normativa de afiançar, entre outras coisas segurança de acolhida - oferecendo uma rede de serviços, incluindo abrigos para curta, média e longa permanência - e apoio e auxílio quando sob riscos circunstanciais, inclusive com a oferta de auxílios em bens materiais e em pecúnia, em caráter transitório, denominados de benefícios eventuais.

Assim, em contextos de calamidade pública e emergência, cenário ocasionado pela disseminação comunitária do coronavírus e avanço na curva de infectados com COVID-19, que culmina em risco iminente de óbitos em massa de pessoas com deficiência, os gestores de assistência social devem assegurar que a população afetada tenha acesso aos serviços básicos disponíveis e tenham seus direitos fundamentais garantidos, durante e após a crise.

Compete, pois, à assistência social, diante da pandemia garantir acolhimento a quem precisa, inclusive mantendo abrigos provisórios pelo tempo que a situação demandar, que conte com presença de equipe técnica para o trabalho social.

Por sua característica autoexplicativa, e diante da importância do comando legal, traz-se à baila a íntegra do artigo 6º da LOAS:

> *"Art. 6º. A gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas), com os seguintes objetivos:*
> *I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva;*
> *II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6o-C*
> *III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social;*

IV - definir os níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais;
V - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social;
VI - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e
VII - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos."

As ações das três esferas de governo na área de assistência social realizam-se de forma articulada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal **e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.**

Destarte, no âmbito da presente pretensão, cabe delinear as competências do Estado e do Município do Rio de Janeiro, ressaltando uma vez mais, que estes foram destinatários de recomendações expedidas pela Promotoria ora peticionante e quedaram-se inertes frente ao risco crescente de óbitos de pessoas com deficiência institucionalizadas.

9.DA COMPETÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Segundo a disposição do artigo 13 da Lei 8742/2013, ao Estado compete destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento de benefícios eventuais, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social; **atender, em conjunto com os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;** bem como realizar

o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os Municípios para seu desenvolvimento.

No mesmo passo caminha a Resolução CNAS nº 33/2012 - que aprova a Norma Operacional Básica do SUAS – NOB/SUAS – estabelecendo como competência comum o atendimento às ações socioassistenciais de caráter de emergência.

Não falta disciplina legislativa a demonstrar a responsabilidade do Estado na promoção da Assistência Social. A Lei Estadual nº 7966/2018 dispõe especificamente sobre a política estadual de Assistência Social, e dela se extrai, na ótica do enfrentamento da pandemia, que compete ao Estado, na coordenação e execução da política estadual, apoiar, técnica e financeiramente, os municípios na provisão de serviços, programas, projetos, ações e benefícios de assistência social; **e, ainda, atender, em conjunto com os municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência.**

Diante das obrigações legais existentes em abundância, não pode de nenhuma maneira querer o Estado se esquivar de ações necessárias tendentes a Implantar **unidade de acolhimento provisório de caráter regional** para atender pessoas com deficiência oriundas dos municípios onde a baixa demanda não justifica uma unidade municipal, bem como as demais medidas objeto da Recomendação Conjunta nº 01/2020, expedida pelas Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Proteção ao Idoso e de Tutela Coletiva da Pessoa com Deficiência da Capital.

Ademais, afigura-se absolutamente necessário que o Estado apresente plano emergencial do SUAS na epidemia do Coronavírus Covid-19, o que já foi objeto da ação civil pública 0075759-64.2020.8.19.0001.

Por fim, cabe pontuar que é diretriz estruturante da gestão do SUAS a primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social.

10. DA COMPETÊNCIA DO MUNICÍPIO

Noutra banda, no contexto da pandemia, ao Município do Rio de Janeiro, com esteio no artigo 15 da LOAS, **compete atender às ações assistenciais de caráter de emergência e cofinanciar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local**.

Além destas, ao Município compete observar as responsabilidades comuns e dar executoriedade a política de assistência social, de forma precípua, nos termos da diretriz da territorialidade, ditada pela Resolução CNAS nº 33.

Salienta-se que esta Resolução 33 estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, conforme suas competências, previstas na Constituição Federal e na LOAS, assumem responsabilidades na gestão do

sistema e na garantia de sua organização, qualidade e resultados na prestação dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais que serão ofertados pela rede socioassistencial.

A Lei Municipal que institui o Sistema Municipal de Assistência Social no âmbito do Rio de Janeiro é a Lei nº 3343/2001, atualmente regulamentada pelo Decreto Municipal 43.141, que, por sua vez, disciplinando normativas da LOA, preceitua que dentre as competências da Assistência Social Local (no caso, através da Gerência de Alta Complexidade), está supervisionar a execução dos serviços de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

Assim, é que o Município também não pode fugir à sua responsabilidade como ente público a prover a assistência social aos que dele necessitam.

11 DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DO COFIANCIAMENTO FEDERAL, NO ÂMBITO DO SUAS, PARA O ENFRETAMENTO DO CORONAVÍRUS

Em homenagem ao conteúdo do artigo 195 da Constituição Federal de 1988, além de outras fontes previstas no art. 204, todas as ações governamentais na área da assistência social deverão ser realizadas com recursos do orçamento da seguridade social. É neste contexto que funciona o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Possui um modelo de gestão participativa, que permite a captação

de recursos nas três esferas de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Os recursos do cofinanciamento para a execução da assistência social são alocados no **Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS)**, entretanto, os recursos dos estados e municípios são alocados, respectivamente, nos Fundos Estaduais e Municipais de Assistência Social, constituídos como unidades orçamentárias, e do Distrito Federal, no Fundo de Assistência Social do Distrito Federal.

Feita esta breve introdução, salienta que o Ministério da Cidadania, a fim de fazer frente ao combate ao novo coronavírus, publicou, em 24 de março a Portaria nº 337/20, dispondo em seu art. 4º o que segue:

> *"Fica autorizada a aplicação de recursos financeiro transferidos aos fundos de assistência social dos estados, municípios e Distrito Federal à título de apoio à gestão, por meio de Índice de Gestão do SUAS-IGD SUAS, na organização e desenvolvimento das ações destinadas a prevenir e mitigar riscos e agravos sociais decorrentes da pandemia do coronavírus que impliquem em desassistência."*

Em complementação ao ato normativo acima, foi publicada a Portaria Conjunta nº 01, de 02 de abril de 2020, regulamentando a utilização dos recursos do cofinanciamento federal no caso sob comentário. Nesses documentos são especificadas quais despesas poderão ser custeadas e inclusive mencionada a utilização dos blocos de financiamento da proteção social básica e especial para a contratação de pessoal.

Para além dos recursos do Fundo de Assistência Social, estamos diante de uma situação de emergência em saúde pública, razão pela qual o poder público **pode e deve** remanejar o seu orçamento para priorizar as políticas públicas necessárias nesse momento.

12- DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL DE CONCRETIZAÇÃO ABSOLUTAMENTE PRIORITÁRIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 prevê, no artigo 6º, ampla gama de direitos sociais dotados de caráter cogente e vinculante, e, portanto, aptos a atrair a tutela judicial, eis que a eles corresponde um dever prestacional por parte do Estado, que deve concretizá-los por meio de políticas públicas.

Dentre tais direitos, merece destaque, haja vista o atual cenário de crise mundial, **o direito à saúde, expressão máxima do direito à vida digna, sendo certo que este integra o chamado mínimo existencial, isto é, o conjunto das condições materiais básicas necessárias à fruição das liberdades individuais**.

Nas palavras do ilustre professor Ingo Wolfgang Sarlet:

> *"É no âmbito do direito à saúde que se manifesta de forma mais contundente a vinculação do seu respectivo objeto (no caso da dimensão positiva, trata-se de prestações materiais na esfera da assistência médica, hospitalar, etc.) com o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana".*

A respeito deste direito, a Constituição da República assim prevê, em seu artigo 196:

> *"Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".* (grifo nosso)

Com relação aos especiais destinatários da norma cuja tutela ora se pretende - pessoas com deficiência – a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, norma internalizada pelo Estado Brasileiro por meio de quórum qualificado, por tanto com status de norma constitucional, aponta como dever do Estado à garantia dos serviços de saúde à pessoa com deficiência, apontando, ainda, que os Estados propiciarão serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência

E em consonância com o pacto firmado em caráter internacional, hoje tida como norma constitucional, o art. 8º da Lei 13.146/2015 (Lei Brasileira de

Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência) assim dispõe:

> *Art. 8º É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência,* ***com prioridade****, a efetivação dos direitos referentes* ***à vida, à saúde****, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico.*
>
> *E mais:*
>
> *Art. 9º A pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário, sobretudo com a finalidade de:*
>
> *I - proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;*

O princípio da prioridade reclama que, diante da escassez e finitude dos recursos públicos para concretizar as infinitas e constantes necessidades sociais que demandam uma prestação positiva do Estado, os holofotes da Administração Pública sejam direcionados aos grupos de maior vulnerabilidade social e, portanto, mais dependentes da tutela positiva do Estado e da solidariedade social, de onde não se pode excluir às pessoas com deficiência, especialmente aquelas em situação de abrigamento.

Por empréstimo da definição trazida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 4º, parágrafo único, é de se dizer que **a garantia de prioridade compreende a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas ao grupo vulnerável.**

Diante dessa explanação, conclui-se que a garantia da prioridade subtrai do administrador público parcela de sua discricionariedade na formulação de políticas públicas, estabelecendo uma verdadeira ordem de prioridades a ser observada na condução de sua gestão, restando-lhe tão somente determinar a forma com a qual se dará a implementação do direito.

Em se tratando de saúde pública, as orientações e as normas técnicas voltadas à prevenção e ao controle da doença reduzem ainda mais o espectro de opções do administrador, cuja atuação na gestão pública estará adstrita às exigências inerentes à concretização do direito à saúde. Dessa forma, a imperiosa tutela jurisdicional que se pretende obter através dessa ação tem absoluto respaldo técnico.

13- DA TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA

Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de dano irreparável, é lícito ao Juiz conceder a tutela liminarmente, mesmo antes da citação dos Requeridos. É o que dispõe o art. 300, do Código de Processo Civil, sendo requisitos para a sua concessão: (i) a verossimilhança das alegações; (ii) o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

A **probabilidade do direito** alegado está bem delineada ao longo de toda a fundamentação fática e jurídica explicitada nesta petição inicial, bem como nos documentos que instruem a presente.

Em primeiro lugar, há documentação técnica apontando a necessidade de adoção de medidas para prevenir e controlar infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) nas unidades de acolhimento institucional/residência inclusiva, dentre elas, a importância de providenciar espaços reservados adequados ao uso de acolhidos infectados ou com suspeita de infecção pelo coronavírus.

Em segundo lugar, restou demonstrado que a realidade da grande maioria das instituições de pessoas com deficiência é precária, com problemas de estrutura física, material e de pessoal para permanência de pessoas com sintomas ou efetivamente contaminados pelo novo coronavírus, sem risco de proliferação entre os demais residentes e funcionários da Instituição.

Além disso, a Secretaria de Estado de Saúde e Secretarias de Assistência do Estado e Município não apresentaram nenhum plano de ação preventiva e de enfrentamento da pandemia do Coronavírus, tendo sido esclarecido

apenas que o planejamento é isolar as pessoas contaminadas dentro da própria instituição, quando não for caso de internação. As 400 vagas de hotelaria contratadas pelo Poder Público, já mencionadas pelas respectivas Secretarias e pela mídia são destinadas exclusivamente à população de rua e idosos INDEPENDENTES, conforme confirmado pelos gestores em reunião já mencionada, não contemplando o público alvo desta ação civil pública (pessoas com deficiência em situação de acolhimento).

O mesmo se diga no tocante ao fornecimento de equipamento de proteção individual às instituições. Em reunião realizada com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde foi dito expressamente ao Ministério Público que o material a ser adquirido será encaminhado exclusivamente à rede hospitalar.

Os profissionais de saúde e cuidadores **estão sem proteção** e com propensão a serem os agentes infecciosos no atendimento da população presente nas unidades de acolhimento. Esses profissionais acabam, ainda que assintomáticos, contaminando outros funcionários, seus familiares e a população atendida por eles.

Como se vê, a omissão do Poder Público é notória, evidenciada pelo descumprimento da recomendação expedida pelo órgão ministerial e pela inexistência de quaisquer medidas adotadas por eles no tocante à prevenção da disseminação do novo Coronavírus nas unidades de acolhimento.

A falta de recursos e de medidas preventivas à propagação do COVID-19 nas referidas instituições, notadamente quando se cuida de grupos com maior risco de complicações, representa uma ameaça concreta de gerar óbitos em massa e, como tem se falado nas redes televisivas, "empilhar corpos". É o que se busca urgentemente evitar.

O **perigo de dano e risco ao resultado útil do processo** é evidente, visto que a demora na prestação jurisdicional pode acarretar danos à vida e à saúde da população com deficiência que se encontra institucionalizada. Tais danos, com certeza, são de impossível reparação futura. Por tal razão, merece ser concedida a TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA, inexistente qualquer *periculum in mora* reverso.

Diante do exposto, requer, *inaudita altera parte,* e, com fulcro no art. 300 do CPC, a antecipação dos efeitos da tutela pretendida, para determinar ao Estado e Município do Rio de Janeiro:

1 - **DO FLUXO** - A imposição de comando judicial ao Estado (como orientação geral) e ao Município (específico para a cidade do Rio de Janeiro) consistente em obrigação de fazer no sentido de implantar, no prazo de 48h, um fluxo específico para tais unidades de acolhimento, sugerindo-se que haja previsão expressa sobre: (i) atendimento volante nas unidades de acolhimento/residências inclusivas imediatamente após a comunicação de casos suspeitos pela Vigilância Epidemiológica ou por gestores das instituições, além de monitoramento com periodicidade sugerida de 12 horas, sendo tratado pela Vigilância como possível

surto; (ii) forma que será realizada a coleta de material e aplicação dos testes para confirmação da COVID-19, incluindo os contatantes e profissionais; (iii) indicação do local onde será encaminhada a pessoa contaminada, caso não seja hipótese de internação e não haja local adequado para isolamento na unidade; (iv) forma para acionamento do sistema de regulação, via vaga zero, se for o caso de internação hospitalar (inclusive quando a emergência se der após 18:00 ou nos finais de semana; (v) providências sobre o lixo infectado e forma de coleta; (vi) providências a serem adotadas em caso de óbito durante a pandemia;

2 - **DO ISOLAMENTO/UNIDADES PROVISÓRIAS**- A imposição de comando judicial consistente em obrigação de fazer para que o Município do Rio de Janeiro disponibilize estabelecimento público ou privado para alojamento provisório, que respeite as orientações técnicas para isolamento (espaço entre leitos, número reduzido de pessoas por cômodo, banheiros separados) de pessoas com deficiência acolhidas **com suspeita ou contaminação pelo novo coronavírus, que não necessitem de internação médica e não disponham de local adequado na unidade**, comprovando em juízo o cumprimento deste item no prazo máximo de 5 (cinco) dias. **No caso do Estado também deverá ser providenciado, no interior, ao menos um abrigo por região, seguindo a divisão da Saúde em nível Estadual (Região Serrana, Sul Fluminense, etc)**;

3 - **DO FLUXO PARA INGRESSO NAS UNIDADES PROVISÓRIAS-** A imposição de comando judicial **para que** disponibilizem, no prazo de cinco dias, o planejamento para a porta de entrada em tais unidades provisórias, esclarecendo, após a notificação de caso suspeito à Vigilância Sanitária e visita da equipe a esta

unidade, qual será a logística para o recolhimento e transferência da pessoa com deficiência acolhido para o local de isolamento (transporte sanitário);

4 - **DA ESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES PROVISÓRIAS** - A imposição de comando judicial consistente em obrigação de fazer para que equipem os estabelecimentos acima, no prazo de 5 dias, com cuidadores, profissionais de saúde, serviços gerais e apoio, medicamentos, EPIs, material de higiene pessoal e limpeza, nos termos das resoluções e notas técnicas expedidas pela Secretaria de Estado e Saúde e Vigilância Sanitária e ANVISA;

5 - **DA ORGANIZAÇÃO DE BANCO DE CADASTRO PARA SUBSTITUIÇÃO DE PROFISSIONAL COM SUSPEITA DE COVID** -A imposição de comando judicial consistente em obrigação de fazer para que o Estado e o Município formulem banco de cadastro e substituam os profissionais que atuam nas instituições de acolhimento de pessoas com deficiência, caso apresentem suspeita de contaminação pelo novo coronavírus, adotando todas as providências cabíveis, inclusive para a contratação emergencial de pessoal ou organização desde já de banco de voluntários, a ser treinado pelas Pastas com atribuição;

6 - **DO FLUXO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**- A imposição de comando judicial para que **o Estado** informe, no prazo de 48 horas, qual será o fluxo para encaminhamento **dos que necessitarem de internação hospitalar em razão do covid-19**, **por região**, utilizando-se como base a listagem das unidades de todo o Estado que segue em anexo (Doc. XVII – planilha unidades de acolhimento), de forma que cada uma dessas instituições saiba com clareza qual a unidade de

referência. Nesse fluxo deverá ser esclarecido sobre a utilização do SAMU ou de outro meio de transporte para acessar a unidade de saúde;

7 - **DO FLUXO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR-** A imposição de comando judicial para que **o Município do Rio de Janeiro** informe, no prazo de 48 horas, qual será o fluxo para encaminhamento **dos casos que necessitarem de internação hospitalar em razão do covid-19**, por bairro, utilizando-se como base a listagem das unidades localizadas no município (Doc. XVIII – unidades de acolhimento Município RJ), de forma que cada uma dessas instituições saiba com clareza qual a unidade de referência. Nesse fluxo deverá ser esclarecido sobre a utilização do SAMU ou de outro meio de transporte para acessar a unidade de saúde;

8 - **DOS EPI'S E MATERIAIS BÁSICOS DE HIGIENE-** seja imposta a obrigação consistente na entrega **pelo Estado e Município**, no **prazo máximo de 48 horas,** a contar da intimação, dos EPIS indicados nesta inicial, além de álcool em gel e álcool a 70%, aos funcionários das unidades de acolhimento em que tenha havido notificação de caso suspeito através de notificação compulsória da COVID -19 cabendo aos entes públicos incluir todas as demais instituições listadas no anexo (já citado Doc. XVII) no fluxo de aquisição e dispensação de tais insumos;

9 - **DA CAPACITAÇÃO** -A imposição de comando judicial **ao Estado e ao Município** consistente em obrigação de fazer para que seja realizada capacitação por profissionais da saúde e da assistência das equipes das unidades de

acolhimento, ainda que online, porém de forma personalizada e com possibilidades de dirimir dúvidas, sobre os cuidados necessários caso haja caso suspeito, bem como sobre o manejo dos EPIS, no prazo de 05 dias;

10 - **DA TESTAGEM -** A imposição de comando judicial **ao Estado e Município** para que confiram prioridade às pessoas com deficiência institucionalizadas e aos cuidadores na testagem do covid-19, **por ocasião da notificação de casos suspeitos (possível surto),** aplicando-se os testes pertinentes e de acordo com a janela de evolução da doença, notadamente os testes RT-PCR dentro da janela de 3 a 7 dias de evolução, aos casos sintomáticos e amostra considerável nos contactantes e funcionários, e testes rápidos a partir do 8º dia de evolução, ou conforme orientação da Vigilância em Saúde.

Importante pontuar, nos termos do que fora explicitado no item 7, que cabe ao Estado atender, em conjunto com os Município todas as ações assistenciais emergenciais aqui noticiadas, independentemente de as unidades serem mantidas pelos Municípios, terem natureza pública, privada, serem conveniadas ou filantrópicas, tendo em vista a competência estadual prevista no art. 13, III da Lei 8742/93 de atender juntamente com os MUNICÍPIOS, ações dessa natureza.

12 DO PREQUESTIONAMENTO

Ficam desde logo prequestionados para os fins dos recursos previstos no artigo 102, inciso III, letra "c" e do artigo 105, inciso III, letras "a", "b" e

"c", ambos da Constituição, nos termos da Súmula 211 do E. Superior Tribunal de Justiça, os dispositivos de lei federal e da Constituição acima referidos, dentre os quais: Constituição Federal, artigos 1º, III, 203, I e IV, artigo 25 do Decreto nº 6949/2009 (que promulga a Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e dá a ela o status de norma constitucional) e artigos 8, 9, 10 e 18 da Lei Federal 13.146/15, porquanto esta ação visa dar cumprimento aos referidos dispositivos e restabelecer-lhes a vigência.

13 DO DESINTERESSE NA AUTOCOMPOSIÇÃO

Para os fins do disposto no art. 334, §5º, do CPC, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro afirma que não possui interesse na autocomposição da lide.

14 DOS PEDIDOS

Com base em todo o exposto, o Ministério Público requer:

a) A tramitação do feito em regime de prioridade, na forma do art. 9º, VII da Lei 13.146/15;

b) A antecipação dos efeitos da tutela, nos moldes postulados no item 6 acima, com fulcro nos arts. 12 e 21 da Lei nº 7.347/85 c/c. art. 84, §3º, da Lei nº 8.078/90 e arts. 297 e 300 do CPC;

c) Seja determinada a citação dos réus, para que, querendo, possam responder a presente ação, sob pena de serem declarados os efeitos da revelia;

d) Seja julgado procedente o pedido para tornar definitivas as obrigações descritas no requerimento de tutela de urgência formulado acima, impondo aos réus o cumprimento de obrigação de fazer nos moldes formulados na tutela de urgência, sob pena de imposição de multa diária por descumprimento na ordem de R$ 5.000,00 (cinco mil reais);

e) A condenação dos réus no ônus da sucumbência, fixados em 20% (vinte por cento) do valor da causa, os quais deverão ser revertidos para o Fundo para a Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – prevista na Lei Estadual 2536/96 e regulado pelo Decreto Estadual 22.397/96, vinculado ao CEDEPI (Conselho Estadual para a Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa), com conta no Banco Bradesco, Agência 6898-5, conta corrente 617-3, CNPJ 15.193.180/0001-42 (dados serão conferidos na ocasião de eventual execução);

Protesta por todas as provas admitidas em direito, especialmente, as provas documental, testemunhal, além de pericial e outras que se mostrarem necessárias no curso do processo.

Atribui-se à ação o valor de R$ 1.000,00(mil reais) para fins processuais.

Rio de Janeiro, 28 de abril de 2020.

LUCIANA MARIA VIANNA DIREITO:01386927775
Assinado de forma digital por LUCIANA MARIA VIANNA DIREITO:01386927775
Dados: 2020.04.28 14:24:08 -03'00'

LUCIANA MARIA VIANNA DIREITO

PROMOTORA DE JUSTIÇA – MAT. 1235

RENATA SCHARFSTEIN:05430618764
Assinado de forma digital por RENATA SCHARFSTEIN:05430618764
Dados: 2020.04.28 13:52:20 -03'00'

RENATA SCHARFSTEIN

PROMOTORA DE JUSTIÇA

INTEGRANTE DO NÚCLEO EXECUTIVO DA FTCOVID-19/MPRJ